



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp\_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Obach, Alexandra; Sadler, Michelle; Jofré, Natalia

Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual

Revista de Salud Pública, vol. 19, núm. 6, noviembre-diciembre, 2017, pp. 848-854

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42255989019>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual<sup>1</sup>

Sexual and reproductive health of adolescents in Chile: the role of sexual education

Alexandra Obach, Michelle Sadler y Natalia Jofré

Recibido 4 julio 2017 / Enviado para modificación 15 septiembre 2017 / Aceptado 18 octubre 2017

## RESUMEN

AO: Antropóloga Social y M. Sc. Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. Ph. D. Antropología Social y Cultural, Universidad de Barcelona. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. *aobach@udd.cl*

MS: Antropóloga Social y Magíster en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. M. Sc. Antropología Médica, Universidad de Oxford. Departamento de Historia y Ciencias Sociales, Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez. Medical Anthropology Research Center MARC, Universitat Rovira y Virgili. Santiago, Chile.

*michelle.sadler@uai.cl*

NJ: Antropóloga Social, Universidad de Chile. Fundación CulturaSalud. Santiago, Chile. *njofre@culturasalud.cl*

**Objetivos** Indagar sobre las percepciones de adolescentes en torno a la educación sexual en la Región Metropolitana de Chile y el rol de los sectores de salud y educación en esta materia.

**Métodos** Estudio cualitativo etnográfico, cuyo trabajo de campo se llevó a cabo en cinco comunas de la Región Metropolitana de Chile, en cada una de las cuales se abordó un Espacio Amigable para atención adolescente. Se utilizaron las técnicas de entrevistas semi-estructuradas (N=38), grupos de discusión (N=5) y observación participante.

**Resultados** Se identificó una percepción negativa por parte de adolescentes respecto a la educación sexual que reciben. Sostienen la necesidad de información en salud sexual y reproductiva que cubra en profundidad las dimensiones tanto biológicas como emocionales y afectivas de la sexualidad, superando enfoques conservadores y de riesgo en torno a la sexualidad. Se identificaron estrategias innovadoras en salud, centradas en las escuelas, donde los sectores de salud y educación trabajan de manera colaborativa en materia de educación sexual.

**Discusión** Cuando los sectores de salud y educación trabajan de manera colaborativa y coordinada, se da una mejor respuesta a las necesidades de adolescentes en materia de información y educación sexual. Si bien este trabajo intersectorial constituye un avance, está pendiente el desafío de incorporar las voces de los adolescentes y sus comunidades, con el fin de planificar programas y políticas de educación sexual que se basen en sus experiencias vitales, avanzando con ello hacia los derechos sexuales y reproductivos de este grupo.

**Palabras Clave:** Adolescente; salud sexual; salud reproductiva; educación sexual; servicios de salud del adolescente; salud pública (*fuente: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

**Objective** To explore the perceptions of adolescents regarding sex education in the Metropolitan Region of Chile, and the role of the health and education sectors in this matter.

**Methods** Qualitative ethnographic study, whose fieldwork was carried out in five municipalities of the Metropolitan Region of Chile. In each municipality a Friendly Space for adolescent healthcare was studied. Semi-structured interviews (N=38), discussion groups (N=5) and participant observation techniques were used.

**Results** A negative perception among adolescents was identified regarding the sex education they receive. They express that there is a need for information on sexual and reproductive health, which addresses in depth the biological, emotional and affective dimensions of sexuality, overcoming conservative and risk-based approaches to sexuality. Innovative health strategies focused on schools were identified, where the health and education sectors work collaboratively on sex education.

1. Presentado como ponencia en el Simposio "Desigualdad, Género y Salud", en el marco del V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología y el XVI Congreso de Antropología en Colombia, celebrados en la Universidad Pontificia Javeriana, en la ciudad de Bogotá, del 6 al 9 de junio de 2017.

**Discussion** When the health and education sectors work in a collaborative and coordinated manner, a better response to the needs of adolescents can be achieved in terms of information and sex education. Although this intersectoral work constitutes a progress, the challenge of incorporating the voices of adolescents and their communities remains to be addressed to plan sex education programs and policies based on their life experiences, thus advancing towards sexual and reproductive rights for this group.

**Key Words:** Adolescent; sexual health; reproductive health; sex education; adolescent health services; public health (source: MeSH, NLM).

Tanto los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2015-2030) dan relevancia a la salud de adolescentes y jóvenes en tanto grupo prioritario, principalmente en lo que respecta a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de este grupo (1,2). Esto se enmarca en el hecho de que, más allá de que adolescentes y jóvenes son considerados un grupo relativamente sano, están en mayor riesgo de sufrir morbi-mortalidad en los ámbitos de SSR, y más expuestos a encontrar dificultades en el acceso a SSR y educación sexual (3).

En Chile, históricamente los esfuerzos por implementar servicios de SSR para adolescentes y jóvenes, así como educación sexual, se han visto obstaculizados por los sectores más conservadores de la sociedad chilena, entre ellos la Iglesia Católica, quienes a través de diversas influencias sobre el Estado han limitado las iniciativas de políticas públicas en este ámbito (4). Parte de la oposición a la implementación de servicios de SSR para adolescentes y jóvenes, y educación sexual en las escuelas, se ha vinculado con una negación de la sexualidad de los adolescentes (5).

Este escenario social se mantiene en cierta medida hasta hoy, aun cuando durante la última década se han realizado importantes avances en programas y políticas públicas en esta materia, entre ellas:

1. Programa Espacios Amigables para la población entre 10 y 19. Estos espacios de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes en Atención Primaria surgieron en el país en el año 2009 en el marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA), creado en 2007 (6). En Chile aparecen como respuesta a una necesidad concreta que existía en torno al acceso a salud de esta población (7,8), desde un enfoque preventivo y de promoción, con especial énfasis en la atención de SSR, en horario diferenciado, con respeto a la privacidad, atención amistosa y personal capacitado (9,10).
2. Creación del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en el año 2012 (11,12), el cual incluye el respeto a los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes y jóvenes como parte esencial de la salud y la educación.

3. Ley 20.418 del año 2010, la cual fija las normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, y establece el derecho a la educación e información y confidencialidad (13). Si bien esta ley garantiza la inclusión de programas de educación sexual en todas las escuelas durante la enseñanza media, se especifica que los programas de educación sexual que se implementen deben desarrollarse de acuerdo a las convicciones y creencias propias de cada establecimiento educacional, en conjunto con los centros de padres y apoderados de dichas instituciones. En la práctica, esto se traduce en que la educación sexual impartida por las escuelas es altamente heterogénea, ya que permite a cada uno de los establecimientos educativos del país elegir, según la afinidad que tengan con el proyecto valórico de la institución, entre los programas de educación sexual que imparten diversas instituciones acreditadas por el Estado para ello (14,15). En este contexto, y bajo la idea de libre elección, el Estado delega la educación sexual a un reducido grupo de organizaciones académicas y de la sociedad civil, dejando en libertad a las instituciones educativas para que cada una tome sus propias decisiones ideológicas en torno a la educación (15,16). Junto con las normativas que esta ley establece para el sector educación, la ley también especifica responsabilidades para el sector salud en materia de educación sexual. En esta línea, la ley indica que a salud le corresponde entregar a adolescentes y jóvenes información completa y sin sesgo acerca de todas las alternativas autorizadas en el país en materia de métodos para la regulación de la fertilidad, la prevención del embarazo en la adolescencia, de las infecciones de transmisión sexual y de la violencia sexual (17).

A pesar de estos esfuerzos, diversos estudios sostienen que la información y educación sexual en el país presenta graves deficiencias, entre ellas, que promueve un marco heteronormativo y biológico; que su enfoque no promueve la participación; que refuerza un enfoque de riesgo respecto a la SSR, centrado principalmente en el cuerpo de las mujeres jóvenes (18-19). Además, se sostiene que en materia de educación sexual no se ha logrado instalar un currículo con un mínimo de contenido transversal obliga-

torio, ni generar una estrategia que integre a los sectores de salud y educación junto a estudiantes y sus familias (17). Todo ello en el marco de un contexto cultural en el que prevalece una visión adultocéntrica y de peligro respecto a la adolescencia y la juventud (20-23), lo que ha llevado a una falta de reconocimiento de las necesidades de los adolescentes y jóvenes en materia de SSR, así como una invisibilización de los DSR en esta población (5).

El artículo tiene por objetivo dar cuenta de uno de los objetivos específicos de un estudio cualitativo en torno a la prevención del embarazo adolescente, a saber, indagar en las necesidades y expectativas de adolescentes en materia de educación sexual.

## MÉTODOS

El estudio tuvo un diseño cualitativo, buscando entender cómo las personas dan sentido a su entorno social y cómo lo interpretan (24). Se utilizó el método etnográfico, que observa y describe las prácticas culturales específicas de los grupos sociales (25). El trabajo de campo se llevó a cabo durante el año 2016 en cinco comunas de la Región Metropolitana de Chile. Dichas comunas fueron seleccionadas por presentar algunas de las tasas más altas de embarazo adolescente de la región.

En cada comuna se realizó investigación etnográfica en un Espacio Amigable seleccionado, ubicado dentro de un Centro de Atención Primaria de Salud o bien en escuelas secundarias. Las técnicas de investigación utilizadas fueron: observación participante de la dinámica del Espacio Amigable, especialmente interacciones entre adolescentes y equipos de salud; entrevistas semiestructuradas con a. Informantes clave -directores de escuela, jóvenes organizados y directores del Servicio de Salud y Centros de Salud; b. Trabajadores de salud que trabajan directamente con adolescentes, y; c. Adolescentes usuarios y no usuarios de los Espacios Amigables; grupos de discusión con b. y c. Todas las observaciones se registraron en diarios de campo, y las entrevistas y los grupos de discusión en audio.

Se realizaron un total de 38 entrevistas semi-estructuradas (5 a informantes clave, 10 a trabajadores de salud y 23 a adolescentes) y cinco grupos de discusión (2 con trabajadores de salud con un total de 13 participantes; 3 con adolescentes con un total de 27 participantes).

Los informantes clave y trabajadores de salud fueron contactados directamente en los Espacios Amigables abordados por el estudio. Los adolescentes fueron contactados inicialmente través de los equipos de salud y profesores, y por el equipo de investigación en organizaciones juveniles de la sociedad civil y salas de espera de los Servicios de Atención Primaria de Salud. Posteriormente, a través del

muestreo de bola de nieve, por el cual los primeros participantes reclutaron a otros entre sus conocidos. Los adolescentes incluidos tenían entre 15 y 19 años, sin criterios de exclusión. La muestra se intencionó con el fin de incluir a mujeres embarazadas y hombres con parejas en gestación, o que ya hubiesen sido madres/padres así como también adolescentes sin hijos; adolescentes de diversos orígenes étnicos; que se identificaran con diferentes orientaciones sexuales; y que fueran usuarios y no usuarios de los Espacios Amigables. De todos los contactos, cinco adolescentes no participaron por falta de consentimiento de sus padres (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características de trabajadores(as) de la salud y adolescentes que participaron en entrevistas semi-estructuradas y grupos de discusión (excluyendo informantes clave)

	N	%*
<b>Trabajadores de la Salud, N=23</b>		
<b>Sexo</b>		
Femenino	21	91,3
Masculino	2	8,7
<b>Profesión</b>		
Matrón/a	9	39,1
Trabajador/a Social	6	26
Psicólogo/a	3	13
Nutricionista	2	8,7
Técnico	2	8,7
Enfermero/a	1	4,3
<b>Edad</b>		
23-30	11	47,8
31-40	8	34,8
41 o más	4	17,4
<b>Años trabajando con adolescentes</b>		
0-1	4	17,4
1-3	5	21,7
3-6	7	30,4
6 o más	7	30,4
<b>Adolescentes, N=50</b>		
<b>Sexo</b>		
Femenino	25	50
Masculino	25	50
<b>Edad</b>		
15-16	17	34
17-19	33	66
<b>Nacionalidad/etnicidad</b>		
Chileno/a	41	82
Chileno/a-Mapuche	5	10
Extranjero (Peruano, Ecuatoriano, Colombiano)	4	8
<b>Orientación Sexual</b>		
Heterosexual	46	92
Homosexual	3	6
Bisexual	1	2
<b>Uso de EspacioAmigable</b>		
Usuario/a	30	60
No usuario/a	20	40
<b>Maternidad/Paternidad</b>		
Sin hijos	44	88
1 hijo	4	8
Embarazada	2	4

\* Los números pueden no sumar exactamente el 100% ya que fueron redondeados al primer decimal.

Las notas de campo y audios de entrevistas y grupos de discusión fueron transcritos literalmente. El material

fue analizado utilizando la estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de los datos recolectados (25). Se utilizó el software NVivo para apoyar la codificación y análisis de la información.

Las estrategias utilizadas para garantizar el rigor del estudio-credibilidad, fiabilidad y confirmabilidad (24) fueron los siguientes: a) compromiso prolongado y observación permanente en el campo para lograr una comprensión completa de los fenómenos investigados (26); b) triangulación de técnicas (entrevistas semi-estructuradas, grupos de discusión y observación participante) y triangulación de participantes (informantes clave, trabajadores de salud, adolescentes); c) audit trail, mediante la creación de un diario de campo donde se registraron las ideas y experiencias del equipo de investigación; d) dos reuniones de confirmación de resultados (27) (una de ellas con equipos de salud, y otra con adolescentes) en donde se presentaron los resultados preliminares del estudio para retroalimentación.

El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Todos los participantes recibieron información en forma verbal y escrita sobre los objetivos y procedimientos del estudio, asegurando su comprensión y participación absolutamente voluntaria: los mayores de edad firmaron un documento de consentimiento informado, y los menores de edad (17 años y menos) firmaron un asentimiento informado y además se pidió el consentimiento de sus padres, madres y/o tutores para poder participar en el estudio.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio en torno a dos ejes principales: percepción de adolescentes en torno a la educación sexual, y el rol de los sectores de salud y educación en esta materia.

### **Percepción de la educación sexual por parte de adolescentes**

Al preguntar a adolescentes por sus necesidades en SSR lo primero que emerge como respuesta es educación sexual. Sostienen que la educación sexual que reciben en las escuelas es muy básica y centrada en los aspectos biológicos y genitales. Como comenta una joven: «Es muy básica, solo hablan del cuerpo, de los genitales y esas cosas pero no especifican nada claramente».

Existe consenso entre los adolescentes entrevistados de que la educación sexual que reciben en la escuela deja fuera aspectos que para ellos son centrales, como por ejemplo, la emocionalidad involucrada en la sexualidad,

los cambios que se producen en la vida de las personas y las consecuencias involucradas, entre ellas, el embarazo en la adolescencia. Otra adolescente menciona:

«Yo me acuerdo cuando iba como en quinto básico nos hablaban de lo biológico de lo que era tener una relación sexual, de cómo se formaba el feto pero no de lo que produce sentimentalmente en una persona, como le cambia la vida a la persona, porque creo que por ahí deberían buscarnos, o sea el día de mañana uno es mamá o papá y te cambia la vida absolutamente y es por ahí por donde a los jóvenes nos tiene que ver».

Bajo esta lógica, sostienen que la información en torno a la educación sexual que reciben en las escuelas es, además de insuficiente, expuesta mediante metodologías expositivas poco participativas que no les entregan adecuadas herramientas de prevención. Tal como lo expresa un adolescente:

«(...) es prácticamente nulo lo que tenemos de conocimiento acerca de esto porque nos quedamos con lo que dejan en la sala de clase, pero no hay ningún tipo de taller, algo que nos oriente porque muchos de nosotros no le tomamos el peso de lo que pasa en una clase, puede que a alguien no le interese aprender en una clase de biología lo que es la sexualidad o lo aprende pero para la prueba, no lo aplica a la vida».

Estas carencias de la educación sexual impartida en las escuelas se potencian por la falta de comunicación que los adolescentes declaran tener con sus padres y adultos significativos en los ámbitos de la sexualidad. De acuerdo a lo expresado por una joven, los padres en general mantienen discursos conservadores en torno a la sexualidad, lo que limita las conversaciones: «Es que cuando uno va a hablar con los papás así como en el momento son muy conservadores y como que les da vergüenza hablarnos sobre este tema».

La mayoría de los entrevistados sostiene que les gustaría tener mayor comunicación con sus padres en torno a la sexualidad ya que afirman que en las casas es donde primero debieran recibir educación sexual. Un joven lo expresa de la siguiente manera: «Los papás la tiene ahí para hablar con nosotros pero no lo hacen y eso es lo que nos falta porque somos sus hijos y de allá viene nuestra educación y ellos quizás se confían mucho en que en el colegio nos hablan de esto pero no es suficiente».

Así, gran parte de los entrevistados percibe que tanto desde las escuelas como desde los hogares se reproduce un discurso limitado y conservador en torno a la sexualidad juvenil, lo que inhibe una correcta comunicación y educación sexual. Así lo comenta uno de los adolescentes:

«Si finalmente el gran culpable de que haya tantas enfermedades sexuales, desconocimiento, embarazos no deseados, en buena parte es la mojigatería de esta sociedad chilena, ese es el gran culpable. Se habla bastante poco de estos te-

mas, yo creo que en algunos círculos todavía se piensa, por ejemplo, que la pastilla del día después es abortiva».

Dados estos vacíos respecto a fuentes formales de educación sexual, la mayoría de los entrevistados sostiene informarse a través de internet y redes sociales, aun cuando declaran no confiar plenamente en la información que reciben de estas fuentes. Como sostiene un joven: «en el internet lo exageran todo». Respecto al mismo tema una adolescente comenta:

«Pero es que las redes sociales más que informar y ayudarnos al final terminan siendo hacia atrás, un retroceso porque uno puede ver muchas cosas, videos y todo, y todo es manipulado por alguien. Además, te puede decir lo que él cree y todo va a ser super subjetivo y nosotros a esta edad estamos buscando una fuente confiable entre comillas, y lo que vemos en internet es alguien que tiene los mismos conocimientos que nosotros o más nulos (...).»

### Rol del sector salud y educación en materia de educación sexual

Los adolescentes reconocen al sector salud como el principal agente de información y de educación sexual. Este rol es ejecutado por salud principalmente desde los Espacios Amigables de los Centros de Atención de Salud. Quienes son usuarios de estos espacios valoran la información que allí reciben ya que la consideran más precisa y clara que la recibida en las escuelas. Como sostiene un adolescente: «En el Centro Adolescente explican mucho más, por ejemplo, yo creo que cuando un hombre tiene un preservativo llega y se lo coloca y no es la forma correcta. En el Centro Adolescente le enseñan como colocarse un preservativo, entonces ahí sí te dan más información».

Si bien varios adolescentes mencionan acudir a los Espacios Amigables ubicados en los Centros de Salud, la mayoría dice no conocerlos. Además, sostienen tener dudas respecto a la atención que allí brindan; por ejemplo, hay una percepción generalizada de que deben ir con algún adulto responsable a consultar, aun cuando ello no está contemplado en la normativa vigente, lo que genera una importante barrera de acceso. Como sostiene una entrevistada: «Tiene que estar la mamá cuando son menores de edad, no pueden ir solos a cuidarse, tiene que ir con la mamá y por temor no va». Otra joven comparte esta visión: «Uno no sabe que van a preguntar ahí cuando uno va a la matrona, entonces da vergüenza que pregunten cosas íntimas frente a los papás o de la mamá, a mí me da vergüenza».

La mayoría de los adolescentes declara tener contacto con los equipos de salud solo cuando éstos van a las escuelas y organizan actividades y talleres, instancias muy valoradas debido a la autoridad que depositan en el sector salud en materia de educación sexual. Una adolescente comenta: «El año pasado vinieron y trajeron una muestra sú-

per de todo, preservativos, todo». Sostienen también que si bien estas instancias son altamente educativas, son muy esporádicas. Además, perciben a los profesionales de la salud que van a los colegios como agentes lejanos y desconocidos, con quienes no tienen vínculos de confianza. Como lo sostiene un joven: «Es un desconocido, vienen poco, casi nada, no hay confianza». De esta manera, si bien valoran los conocimientos técnicos de los profesionales de salud en los ámbitos de educación sexual, los perciben como agentes lejanos a sus vidas cotidianas.

Por esto mismo, para los adolescentes la figura que más debiera empoderarse en temáticas de educación sexual es la del profesor. Como sostiene una joven:

«[Los profesores] son maravillosos, benditos sean los profes, porque cuando uno está aquí en el colegio no se va a ir a hablar con el director de estas cosas, uno habla con la persona que más cerca tienes frente a ti y son los profes con los que más contacto tenemos».

Esto hace que los mismos jóvenes vean como una necesidad el que los profesores sean capacitados por el sector salud en materia de educación sexual.

Una manera de generar avances en materia de educación sexual corresponde a estrategias intersectoriales entre educación y salud. Uno de los Espacios Amigables observados en el estudio está llevando a cabo una estrategia innovadora en el país al introducir a equipos de salud al interior de las escuelas de manera permanente. Los equipos de salud protagonistas de esta estrategia sostienen que esta manera de operar ha permitido aumentar significativamente el acceso a salud de adolescentes ya que éstos pueden acudir espontáneamente a la atención de salud en la misma escuela a través de las denominadas “salas de salud” o “salas de bienestar”, aulas especialmente habilitadas para la atención de este grupo por parte del equipo de salud. Tal como sostiene uno de los miembros del equipo de salud instalados en la escuela: «Tienen mayor acceso, o sea ellos están en el colegio y si quieren tener relaciones o piensan que van a tener, van a las salas de salud y piden hablar con la matrona, piden métodos anticonceptivos, orientación».

Estos profesionales de salud realizan atención directa al interior de las escuelas, así como talleres de autocuidado desde el comienzo de la etapa escolar, lo que les permite a los alumnos acceder a la información y empoderarse en materia de SSR desde muy pequeños. Como sostiene uno de los profesionales de salud entrevistado:

«Nosotros hemos hecho cosas innovadoras en el sentido de trabajar la educación sexual desde el auto cuidado (...) más que pararse adelante y decir estos son los métodos anticonceptivos, cumplánlos, no, sino que tratar de hacer que esos adolescentes (...) entiendan por qué tienen que quererse, cuidarse y utilizar o postergar su edad de inicio de relaciones sexuales».

Esta estrategia de introducción de los equipos de salud en las escuelas conlleva una nueva modalidad de educación sexual para adolescentes, en la cual los sectores de salud y educación trabajan de manera coordinada. Además, se potencian los DSR de adolescentes toda vez que los equipos de salud están permanentemente disponibles para ellos, entregando no solo información en sexualidad sino también estableciendo un vínculo con este grupo, lo que refuerza el acceso a SSR y la prevención en el área de la sexualidad adolescente.

## DISCUSIÓN

La adolescencia ha sido reconocida como etapa prioritaria en los ODS, especialmente en los ámbitos de salud sexual y reproductiva, y el acceso apropiado a servicios de salud en tanto derechos humanos (28). Los hallazgos presentados van en esta línea, principalmente en lo que respecta a dar relevancia a la participación de adolescentes en salud tomando en consideración sus necesidades explícitas en SSR.

Una necesidad gravitante manifestada en el estudio por esta población es el acceso a información en SSR que cubra adecuadamente y en profundidad las dimensiones tanto biológicas como emocionales y afectivas de la sexualidad, superando los enfoques tradicionales centrados en el riesgo así como visiones conservadoras en torno a la sexualidad. Los participantes del estudio consideran insuficiente la información en materia de SSR que entregan escuelas, salud y sus familias, por lo cual los adolescentes sostienen recurrir principalmente a sus pares e internet para informarse, aun cuando comprenden las limitaciones y falencias de estos canales de información.

Lo anterior va en la línea de lo que presenta la literatura, donde se sostiene que educadores y centros de salud proveen de una educación sexual limitada, desde un enfoque reduccionista de riesgo y a través de mensajes negativos (29). En cuatro de las cinco comunas estudiadas los Espacios Amigables están situados en los Centros de Salud o lugares aledaños a éstos, lo que genera que los adolescentes reciban información y educación en torno a la sexualidad por las vías del sector salud y de educación de manera independiente y descoordinada entre ambos sectores, siendo incluso en muchos casos contradictoria en sus enfoques. Esto es reflejo de la escasa coordinación intersectorial entre salud y educación en el país, lo cual impacta en este caso directamente en los adolescentes.

De acuerdo a diversos organismos internacionales la educación en sexualidad debe sustentarse en evidencias científicas, inspirarse en valores de respeto a los derechos humanos, contar con sensibilidad de género, y tener pertinencia cultural. Esto último implica que si bien se espera

que los programas sean adaptables a diferencias culturales, deben primero respetar el derecho fundamental de los jóvenes a recibir educación sobre el cuerpo, las conductas y la salud sexual (15). De las cinco comunas observadas en el estudio, una presenta un programa que cumple en gran medida con las recomendaciones y prioridades recién descritas. Se trata de una exitosa experiencia de trabajo intersectorial en la cual los equipos de salud se encuentran permanentemente instalados en escuelas, lo cual se ha documentado como una estrategia de colaboración recomendada (1). En dicho modelo se coordinan las acciones de salud y educación en el espacio educativo, y los equipos de salud realizan actividades y atención permanente a niños y adolescentes desde temprana edad como parte del currículo escolar. La escuela, como territorio cotidiano donde habita la población infantojuvenil, se constituye así en espacio privilegiado para promover conductas protectoras en materia de sexualidad, lo cual ha sido comprobado en diversos contextos del mundo (28,30). En esta iniciativa en particular, los diversos actores entrevistados consideran que se satisfacen las necesidades adolescentes en materia de SSR en mayor medida que en los modelos donde salud y educación operan en forma independiente.

La evidencia internacional muestra que la colaboración intersectorial e interinstitucional es esencial para establecer atención en salud de calidad a adolescentes (1). Junto con lo anterior, se enfatiza en la importancia de generar capacitación continua al personal de salud que trabaja en la SSR de los jóvenes, así como su inclusión en el diseño, ejecución y monitoreo de los servicios (3). Además, aparecen como recomendaciones centrales la inclusión de intervenciones basadas en la comunidad, principalmente en aquellos contextos con altas tasas de deserción escolar (29). Al igual que los resultados de nuestra investigación, la evidencia muestra que los adolescentes transmiten como una necesidad el involucramiento de adultos y familia en educación sexual e información en uso de métodos anticonceptivos, negociaciones de pareja en sexualidad, preparación en la toma de decisiones en torno a la sexualidad (29).

Los hallazgos presentados muestran la relevancia de la información aportada por la investigación cualitativa con enfoque etnográfico, ya que permite indagar, desde el contexto en el cual adolescentes se desenvuelven, en sus necesidades específicas en relación a SSR y las respuestas que desde los diversos sectores -entre ellos salud, educación y familia-, reciben en esta materia. Esta información permite identificar elementos clave para la planificación de estrategias eficientes de intervención, que promuevan principalmente el acceso a información y atención en salud de manera equitativa entre los adolescentes. Es de extrema relevancia trabajar con la población adolescente y joven desde un enfoque partici-

pativo y de derechos, con el fin de planificar programas y políticas que se basen en sus experiencias vitales, así como en sus necesidades y expectativas concretas en relación a la SSR, avanzando con ello hacia los DSR de este grupo desde un marco de derechos humanos. Junto con lo anterior, resulta imperativo integrar las voces de adolescentes con las de la comunidad: trabajadores de salud y de educación, pares, familiares y comunidades más extendidas en el diseño de programas y políticas, desde un enfoque intersectorial que permita la acción coordinada y consensuada de los diversos actores en materia de SSR de adolescentes en el país •

**Agradecimientos:** Esta investigación fue posible gracias al financiamiento del Fondo Nacional en Investigación y Desarrollo en Salud FONIS (CONICYT-Gobierno de Chile), Proyecto FONIS # SAI15I20040.

## REFERENCIAS

1. Caffe S, Plesons M, Camacho AV, Brumana L, Abdool SN, Huaynoca S, Mayall K, Menard-Freeman L, de Francisco Serpa LA, Gomez Ponce de Leon R, Chandra-Mouli V. Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas?. *Reproductive Health*. 2017; 14(1): 83.
2. UN. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Every Women Every Child. 2015. Disponible en: <http://minilink.es/3qnr>
3. Huaynoca S, Svanemyr J, Chandra-Mouli V, Moreno López D. Documenting good Practices: scaling up the youth friendly health services model in Colombia. *Reproductive Health* 12: 90; 2015.
4. Figueroa E. Política pública de educación sexual en Chile: Actores y tensión entre el derecho a la información vs. Libertad de elección. *Revista Chilena de Administración Pública* 2012; 19: 105-131.
5. Casas L, Ahumada C. Teenage sexuality and rights in Chile: from denial to punishment. *Reproductive Health Matters*. 2009; (34) 17: 88-98.
6. Plan Andino de Prevención de Embarazo En Adolescentes [Andean Plan for Adolescent Pregnancy Prevention]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2007.
7. FLACSO Chile. Buenas Prácticas en Prevención de Embarazo Adolescente en Chile. Santiago: FLACSO Chile; 2009.
8. Sadler M, Obach A, Luengo X, Biggs A. Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile. Santiago de Chile: CulturaSalud / Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud; 2011.
9. Svanemyr J, Guijarro S, Riveros BB, Chandra-Mouli V. The health status of adolescents in Ecuador and the country's response to the need for differentiated healthcare for adolescents. *Reproductive Health*. 2017; 14: 29.
10. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *Journal of Adolescent Health*. 2015; 56(1Suppl): S22-41.
11. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015; 2008. [Citado en mayo de 2017. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/A733qJ>. Consultado en noviembre de 2017.
12. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de acción 2012-2020. Santiago: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile de Chile; 2012. <https://goo.gl/4L9PfS>. Accessed november 2017.
13. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Ley 20.418: Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Congreso Nacional de Chile; 28 de enero de 2010.
14. Arenas OL. Aportes para una historia de la educación sexual en Chile (1990-2016). Santiago de Chile: El Buen Aire; 2016.
15. Reyes D. La gestión de la educación sexual en el marco de una política desacoplada. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Chile. 2016.
16. Palma I, Reyes D, y Claudia M, Educación sexual en Chile: Pluralismo y libertad de elección que esconde una propuesta gubernamental conservadora. *Docencia*. 2013; 49: 14-24.
17. Rojas RG, Eguiguren BP, Matamala VMI, Palma MI, Gálvez PG. Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2017; 41: e77.
18. Dides C, Fernández C (eds.). Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile, Estado de la Situación 2016. Santiago: Miles Chile; 2016.
19. Macintyre AKJ, Montero A, Sagbakken M. From disease to desire, pleasure to the pill: A qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. *BMC Public Health*. 2015; 15: 945.
20. Macintyre AKJ, Montero A, Sagbakken M. Sexuality? A million things come to mind: Reflections on gender and sexuality by Chilean adolescents. *Reproductive Health Matters*. 2015; 23(46): 85-95.
21. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica de Chile*. 2007; 135(10): 1361-1269.
22. Alpízar L, Bernal M. La Construcción Social de las Juventudes. Última Década, 2003; 11 (19): 105-123.
23. Duarte K. ¿Juventud o Juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. Última Década, 2000; 8(13):59-77.
24. Patton M. Qualitative Research & Evaluation Methods. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2002.
25. Creswell J. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2014.
26. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1985.
27. Birt L, Scott S, Cavers D, Campbell C, Walter F. Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative Health Research*. 2016; 26(13): 1802-11.
28. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No: CD006417; 2016.
29. Córdova-Pozo K, Chandra-Mouli V, Decat P. Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: reflections from an International Congress. *Reproductive Health*. 2015; 12: 11.
30. Rodríguez-Vignoli J, Páez K, Ulloa C, Cox L. Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgentes políticas activas. CEPAL-UNFPA, Serie población y desarrollo N°116; 2017.